

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ROBERTA RODRIGUES DE LIMA MONTEIRO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IDOSOS DO GRUPO HIPERTENSÃO COM
FOCO NAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

CURITIBA

2021

ROBERTA RODRIGUES DE LIMA MONTEIRO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IDOSOS DO GRUPO HIPERDIA COM
FOCO NAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Pós-Graduação em
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Paraná, como requisito
parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientador: Ms. Alexandra Lunardon Silvestre

CURITIBA

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

ROBERTA RODRIGUES DE LIMA MONTEIRO

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IDOSOS DO GRUPO HIPERDIA COM FOCO NAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Setor de Curitiba, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Ms. Alexandra Lunardon Silvestre

Orientador(a) – Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Curitiba, __ de _____ de 2020.

Dedico esse trabalho ao tempo, pois sem ele nada conseguiria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por me fortalecer todos os dias com suas bênçãos.

A minha família, a quem tenho muito amor, pelo apoio e incentivo.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade Básica de Saúde, por me auxiliarem na concretização desse resultado.

A minha orientadora à distância, Alexandra Lunardon Silvestre pela paciência e dedicação.

Os velhos invejam a saúde e vigor dos moços, estes não invejam o juízo e a prudência dos velhos: uns conhecem o que perderam, os outros desconhecem o que lhes falta.

MARQUÊS DE MARICÁ

RESUMO

A equipe realiza acompanhamento regular de pacientes portadores de diversas doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), além daqueles que fazem uso de medicamentos controlados. Esse acompanhamento visa tanto evitar complicações de suas doenças priorizando agendamentos para pessoas com descompensação de seus agravos ou aqueles de difícil controle de sua patologia, como por meio de visitas domiciliares, e orientações sobre hábitos de vida saudável, prevenção de agravos e cuidados gerais com a saúde. Tais estatísticas podem ser facilmente explicáveis na Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na Vila de Santo Antônio do município Ponta Grossa ao perceber pacientes ao estilo de vida atual, retratado em uma alimentação inadequada, aliada à falta de atividade física, ao sobrepeso, ao uso abusivo do álcool, ao estresse, ao tabagismo, ao aumento da prevalência da hipertensão e diabetes, que são fatores determinantes e responsáveis por aumentar o risco para o desenvolvimento de algum evento cardiovascular. O objetivo é realizar um plano de intervenção para idosos do grupo hiperdia com foco nas doenças cardiovasculares. Trata-se de uma pesquisa-ação, para melhorar a participação da população com ações de saúde desenvolvidas pela equipe da Unidade Básica localizada na Vila de Santo Antônio do município Ponta Grossa, com foco nas doenças cardiovasculares. A elaboração dessa proposta de intervenção foi realizada através de quatro etapas: diagnóstico situacional em saúde, revisão de literatura e elaboração da proposta propriamente dita, que foi aplicar um questionário para avaliar doenças cardiovasculares em idosos. Foram 180 idosos atendidos na UBS, no período de setembro e outubro de 2020. Conforme verificado, a pesquisa deve dar continuidade na proposta de intervenção, pois os pacientes apresentaram comprometimento na qualidade de vida, agregado a fatores sociodemográficos e clínicos que são críticos.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares. Qualidade de vida. Intervenção.

ABSTRACT

The team performs regular monitoring of patients with various chronic diseases such as hypertension, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and those who use controlled medications. This follow-up aims both to avoid complications of their diseases by prioritizing appointments for people with decompensation of their diseases or those with difficult disease control, and through home visits, and guidance on healthy living habits, disease prevention, and general health care. Such statistics can be easily explained in the Basic Health Unit (BHU) located in Vila de Santo Antônio in the municipality of Ponta Grossa by noticing patients to the current lifestyle, portrayed in an inadequate diet, coupled with lack of physical activity, overweight, alcohol abuse, stress, smoking, increased prevalence of hypertension and diabetes, which are determining factors and responsible for increasing the risk for the development of some cardiovascular event. The objective is to carry out an intervention plan for elderly people in the hiperdia group with a focus on cardiovascular diseases. This is an action research, to improve the participation of the population with health actions developed by the team of the Basic Unit located in Vila de Santo Antônio in the municipality Ponta Grossa, focusing on cardiovascular diseases. The development of this intervention proposal was carried out through four stages: situational diagnosis in health, literature review, and development of the proposal itself, which was to apply a questionnaire to assess cardiovascular diseases in the elderly. There were 180 elderly people seen at the UBS, in the period September and October 2020. As verified, the research should continue with the intervention proposal, because the patients showed impairment in quality of life, aggregated to sociodemographic and clinical factors that are critical.

Keywords: Cardiovascular Diseases. Quality of life. Intervention.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - FOTO DA FACHADA DA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO, MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA (PR).....	23
--	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - ADAPTAÇÃO DAS AÇÕES SEGUNDO OBJETIVOS PROPOSTOS AO GRUPO HIPERDIA.....	24
QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DO ANTI- HIPERTENSIVO.....	32

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUE SE ENCONTRAVAM NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA.....	28
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUE SE ENCONTRAVAM NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA.....	28
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUE SE ENCONTRAVAM NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA.....	30
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUE SE ENCONTRAVAM NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA.....	31
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUE SE ENCONTRAVAM NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA.....	31

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS QUE SE ENCONTRAVAM NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA	32
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividade de vida diária
CMM	Centro Municipal da Mulher
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doenças pulmonar obstrutiva crônica
ESF	Equipes de Saúde da Família
FR	Fatores de risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IECA	Betabloqueadores
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão arterial
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Serviço de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	JUSTIFICATIVA	17
1.2	OBJETIVOS	18
1.2.1	Objetivo geral	18
1.2.2	Objetivos específicos	18
1.3	METODOLOGIA	19
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
3	MATERIAIS E MÉTODOS	23
3.1	DESCRIÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO.....	23
3.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO	24
3.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	25
3.4	DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO	25
3.5	INDICAÇÃO DOS RECURSOS EDUCACIONAIS UTILIZADOS	26
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	28
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICE 1 – Folder	39

1 INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuo localiza-se na cidade de Ponta Grossa/PR, no bairro Nova Rússia, na Vila Santo Antônio. É composta por duas (2) equipes de saúde, uma que abrange a Vila Santo Antônio, da qual compoño a equipe multiprofissional como médica, e a outra que **atende abrange** as Vilas Jardim Maracanã e Parque Alto Estrada.

A UBS em que trabalho é composta de pelos seguintes profissionais: dois (2) médicos, duas (2) enfermeiras, seis (6) agentes comunitários de saúde (ACS), um (1) agente de endemias, três (3) técnicos de enfermagem, um (1) dentista, dois (2) agentes de saúde bucal, um (1) farmacêutico, um (1) agente de farmácia, um (1) auxiliar de serviços gerais e um (1) agente administrativo.

Um dos aspectos positivos entre minha equipe e a comunidade é o vínculo muito bom já criado ao longo dos anos, por todos que a compõe, em especial os ACS's e enfermeiras com a comunidade. Além do ambiente de trabalho, em que conseguimos conciliar a diversidade de ideias, atuando com companheirismo para um ambiente de trabalho agradável, o que contribui de forma positiva e efetiva em prol de nossa atuação para com a comunidade. A gestão de nossa unidade torna nossa equipe harmônica e proativa, e dentre as estratégias para o planejamento e controle de ações, temos as reuniões mensais, que são importantíssimas, pois podemos planejar, compartilhar experiências, apontar os problemas emergenciais, bem como traçar metas e ações que venham a trazer melhorias à saúde da comunidade assistida.

Um dos grandes desafios que temos como equipe é viabilizar aos usuários da UBS o acesso rápido ao serviço de saúde tentando conciliar o grande número de demandas espontâneas, e ao mesmo tempo conseguir atender de maneira satisfatória os grupos prioritários, como gestantes, pacientes do programa Hipertensão e consultas de puericultura, uma vez que nos deparamos com uma realidade de um número elevado de pessoas por equipe. Cada equipe é responsável por 15 famílias.

Essa, na verdade, é uma realidade que se observa em todo o Brasil, principalmente em regiões cujas redes de saúde são frágeis e em que se tem população em situação de grande vulnerabilidade social, vivendo em precárias condições de moradia e saneamento básico, além do desemprego e aumento da criminalidade (SOUZA; SILVA, 2013), o que observamos em nossa comunidade,

composta por um número considerável de pessoas carentes e com baixa escolaridade, além de expostas à conflitos familiares existentes.

Noto que na comunidade é muito forte a cultura da “medicalização” entre os usuários e a tendência de procurar acesso à Unidade apenas quando há necessidade de recuperação da saúde, e não para promover e prevenir doenças. Isso é algo muito arraigado na mentalidade da comunidade local, tanto que observei nesse tempo no Programa Estratégia de Saúde da Família, algo que me faz refletir todos os dias em estratégias que possam de maneira eficaz e eficiente impactar em mudança de mentalidade e de cultura, vivenciando principalmente entre a população idosa, indivíduos em que podemos chamar de “polifármácia” e iatrogenia.

Um dos aspectos mais preocupantes que observo todos os dias é o número que pessoas “presas” a medicamentos de uso controlado, como opióides e benzodiazepínicos por anos, cuja indicação em longo prazo não é recomendada e satisfatória. Penso nos aspectos negativos que essa “cultura da medicalização” traz em especial à população idosa, como: diminuição de sua capacidade cognitiva, de restrições à realização de suas atividades de vida diária, além de sedação e a probabilidade aumentada do número de quedas e imobilidade (CHAIMOWICZ, 2013).

A Rede de Atenção Primária no Município de Ponta Grossa conta com 52 UBS localizadas na área urbana e dez (10) na área rural. São 80 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 13 de Saúde Bucal. Em 2016, foram implantadas cinco (5) equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma (1) Equipe de Atenção Domiciliar. Possui ainda sete (7) estabelecimentos de Clínica Especializada/Centro de Especializado, uma (1) Central de Gestão em Saúde; nove (9) de Rede Hospitalar, um (1) Serviço de Pronto Atendimento (UPA); e um (1) de SIATE/SAMU (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA, 2017).

A Rede de Atenção Ambulatorial Especializada está organizada com a seguinte estrutura: Centro Municipal da Mulher (CMM); Centro Municipal de Especialidades (Ambulatório de Especialidades, Central de Marcação de Consultas e Exames/Tratamento Fora de Domicílio); Central de Agendamentos (Fisioterapia, Cartão SUS, Agendamento de transporte; Laboratório Geral; Centro Municipal de Órtese e Prótese (Bolsas de ostomias, alimentação enteral, fraldas, oxigênio); Ambulatório de Pediatria de Alto Risco e Programa Saúde Escolar.

Atualmente o município de Ponta Grossa dispõe dos componentes da rede de atenção à saúde para atendimento das pessoas com sofrimento mental: I) CAPS-AD: Destinado à atenção aos adultos que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Acesso ao serviço “portas abertas”; II) CAPS – II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Acesso ao serviço “portas abertas”; III) CAPS - IJ: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Acesso ao serviço “portas abertas”, não necessitando de encaminhamento; IV) Ambulatório de saúde mental: Consulta eletiva via guia de referência emitida pela UBS ou ESF. Atendimento psiquiátrico e psicológico de transtornos leves e moderados (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA, 2017).

A população estimada do município de Ponta Grossa é de 335.000 habitantes (IBGE, 2018). Quanto ao perfil epidemiológico da comunidade atendida por a UBS localizada na Vila de Santo Antônio do município Ponta Grossa tem-se uma população total de 4.142 habitantes, com 2.153 (51,98%) mulheres e 1.989 (48,02%) homens. A população na faixa etária de menos de 20 anos é de 1.598 (38,58%), entre 20 e 59 anos de 2.060 (49,73%) e com mais de 59 anos de 484 (11,69%). Dentre as patologias mais prevalentes na comunidade temos a hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 8,9% registrada para o ano de 2018, seguida de Diabetes Mellitus (DM), de 2,7%.

A equipe realiza acompanhamento regular de pacientes portadores de diversas doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a diabetes mellitus (DM), a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), além dos casos daqueles pacientes que fazem uso de medicamentos controlados. Esse acompanhamento visa tanto evitar complicações de suas doenças priorizando agendamentos para pessoas com descompensação de seus agravos ou aqueles de difícil controle de suas patologias, como por meio de visitas domiciliares, e orientações sobre hábitos de vida saudável, prevenção de agravos e cuidados gerais com a saúde. O cronograma de programações da unidade e consultas é feito

a partir das principais demandas identificadas, priorizando-se grupos como gestantes, hipertensos e diabéticos, e as crianças por meio do acompanhamento de puericultura.

Entre a população assistida temos muitos descendentes de europeus, principalmente poloneses, ucranianos e alemães. Noto hábitos de vida inadequados, como o consumo de alimentos gordurosos, processados, frituras e comidas salgadas somado ao sedentarismo, inclusive crianças com graves erros alimentares quali-quantitativos. Além disso, há um grande número de famílias com mães adolescentes, o que têm aumentado muito o número de atendimentos de pré-natal.

Esses aspectos culturais e sociais mostram-nos a forma como a população construiu e constrói seu processo de saúde e adoecer. São os chamados determinantes sociais, que são fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Portanto, cabe a nós como equipe de saúde, em conjunto, construir todos os dias mecanismos que aos poucos tragam mudanças efetivas no bem-estar de nossas comunidades, para que possamos atuar na promoção e prevenção de agravos à saúde como um todo.

1.1 JUSTIFICATIVA

Dados evidenciam que as doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de incapacidade e de mortalidade em ambos os sexos. Adicionalmente, esse crescimento acelerado nos países em desenvolvimento representa uma das questões de saúde pública mais relevantes da atualidade, no qual 80% dos óbitos são decorrentes de doenças crônicas (particularmente as doenças cardiovasculares), e ocorrem justamente nas regiões menos favorecidas do globo (CORDERO et al., 2013).

Tais estatísticas podem ser facilmente explicáveis na UBS localizada na Vila de Santo Antônio do município Ponta Grossa. Percebe-se o estilo de vida atual, retratado por uma alimentação inadequada, aliada à falta de atividade física, ao sobrepeso, ao uso abusivo do álcool, ao estresse, ao tabagismo, ao aumento da prevalência da hipertensão e diabetes, fatores determinantes e responsáveis por aumentar o risco de desenvolver algum evento cardiovascular.

Dentro desse contexto, no âmbito atual da prevenção, o mais importante que classificar um indivíduo como portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS), ou um diabetes mellitus (DM) ou uma dislipidemia (DLP) é reconhecê-lo em seu potencial de risco cardiovascular. A partir de dados de evidências observacionais já comparados, são identificados e classificados como sendo de alto risco cardiovascular as seguintes classes: pacientes com cardiopatia isquêmica; com doença cerebrovascular; com doença vascular periférica; diabéticos (geralmente são pacientes com idade superior a 50 anos) e pacientes com múltiplos fatores de risco.

Dessa forma, um estudo com uma metodologia acertada e uma estratégia de intervenção faz-se necessário como recurso para reduzir a lacuna existente entre o conhecimento científico e sua aplicação na prática clínica. Baseado no exposto, vivencia-se uma inquietação em realizar este estudo.

Portanto, com o interesse em testar a efetividade de uma Estratégia de Melhoria para a Prática Clínica e para adesão a uma terapia baseada em evidências, avaliaremos se uma intervenção, ou seja, se uma prescrição dos medicamentos Antiplaquetários (aspirinas), Redutores de Colesterol (estatinas) e os Betabloqueadores (IECA) em um modelo “tudo ou nada”, em pacientes sem contraindicações, de alto risco cardiovascular, possui impacto na prevenção e redução de incidência de eventos cardiovasculares. Se comprovada a adesão e a eficácia da terapia, este pacote poderá ser proposto como ferramenta de melhoria para prática clínica em hospitais e unidades de atenção básica em todo território nacional.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

- ✓ Realizar um plano de intervenção para idosos do grupo hiperdia com foco nas doenças cardiovasculares.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Relacionar dados dos pacientes como as idades, sexo, nível de formação, informação recebida, com o risco cardiovascular e tratamento.

- ✓ Identificar o grau de conhecimento e as medidas de prevenção da população assistida.
- ✓ Executar orientações do plano de intervenção para a equipe da UBS e ao grupo hiperdia.
- ✓ Elaborar o plano de intervenção para redução das complicações advindas das doenças cardiovasculares

2 REVISÃO DE LITERATURA

A população vem envelhecendo de forma progressiva e acelerada, e com isso emergem vários problemas de saúde, especialmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas as doenças cardiovasculares. Quanto às doenças crônicas e cardiovasculares, pode-se citar a hipertensão arterial, por ser considerada uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade entre os idosos e um grande problema de saúde pública (MOREIRA, 2014).

Atualmente, a expectativa de vida através da qualidade tem perspectiva a chegar aos 73 anos de idade. Com idade avançada, o comprometimento funcional passa por algumas restrições na atividade de vida diária (AVD), envolvendo a qualidade de vida, principalmente quando há dificuldade ou necessidade de ajuda para efetivar atividades básicas nos cuidados pessoais, denominados nas Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (SILVA, 2015).

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, assintomática, que se instala silenciosamente na pessoa ao longo da vida. Alguns pesquisadores ressaltam que a HAS pode começar bem antes mesmo da idade adulta, na infância e ou na adolescência (D'ALENCAR; DE OLIVEIRA, 2014).

Desse modo, essa doença no idoso pode já se encontrar instalada há alguns anos, apresentando danos no cérebro, coração, rins, proporcionando maior complexidade para o seu diagnóstico e tratamento. Partindo do diagnóstico constituído e da observância de comprometimento de órgãos alvos ou não, é determinado o tratamento medicamentoso, e recomenda-se o controle contínuo da medida da pressão arterial e do estado geral de saúde do idoso. Considerando que a etiologia da hipertensão arterial no idoso é, muitas vezes, desconhecida, e que o aumento da mesma é um dos riscos para diversas doenças, cabe aos profissionais de saúde à concretização de investigações mais sistemáticas que colaborem para minimizar suas complicações (D'ALENCAR; DE OLIVEIRA, 2014).

Para alguns casos a HAS não se encontra em grau tão avançado e, com isso, aconselha-se a utilização de uma terapêutica não medicamentosa, através de hábitos de vida saudáveis, enquanto que nos casos de HAS avançada caso contrário, os pacientes devem iniciar o tratamento medicamentoso. Além da terapêutica medicamentosa, o tratamento da HAS envolve também, desde os seus

estágios iniciais, mudança de hábito, que incluem dieta balanceada e prática de atividades físicas, o que tem sido um grande aliado na melhoria do quadro clínico da doença, prevenindo sua progressão e melhorando a qualidade de vida dos pacientes (SOUSA, 2015).

A avaliação quando é clínico-laboratorial, visa a confirmação da elevação da pressão arterial; firmar o diagnóstico de hipertensão; identificar os fatores de risco para doenças cardiovasculares; analisar lesões de órgão alvo; verificar as doenças associadas à hipertensão; identificar o risco cardiovascular do paciente e diagnosticar hipertensão arterial secundária quando se trata de suspeita clínica. Para alcançar tais objetivos é essencial o detalhamento do histórico clínico do paciente, exame físico, avaliação laboratorial básica e exames complementares (SES/SP, 2011).

Desse modo, a preocupação dos poderes públicos e da população em relação aos cuidados com a saúde, tem sido muito evidenciada. A atividade física é considerada como um fator de prevenção de doenças. Há atualmente diversas evidências de seus benefícios para diferentes populações, ~~as quais Tais evidências~~ apontam a melhoria na aptidão cardiorrespiratória, aptidão muscular, saúde óssea, composição corporal, bem como marcadores biológicos da saúde cardiovascular e metabólica, melhorando o estado geral de saúde (MOTA, 2014).

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é a patologia causada pela isquemia prolongada provocando a morte de cardiomiócitos. Tal fato, basicamente, é provocado por duas razões: trombose, sendo a principal causa por trombos e vasoespamos, sendo menor relacionada e está relacionada com a erosão de placas ateroscleróticas. Os principais fatores de risco relacionados ao IAM é a diabetes, o colesterol elevado, a obesidade, a hipertensão, dentre outros. Entretanto, outro fator é crucial no manejo da doença que é o atendimento pré-hospitalar, pois os cuidados certos na identificação e no procedimento correto do IAM fazem total diferença na sobrevivência do paciente (CORREIA et al., 2020). O câncer configura-se como um grande problema epidemiológico no Brasil por constituir a segunda causa de morte por doenças, o que caracteriza a necessidade de detecção precoce desse tipo de DCNT na rede pública de saúde, algo que diminuiria os gastos dos recursos públicos com diagnóstico e tratamento oncológicos (PEREIRA et al., 2015).

O Diabetes *mellitus* (DM) é um importante e crescente problema de Saúde Pública. Sua prevalência, em particular a do tipo 2, está aumentando de forma

exponencial e é mais encontrada nas faixas etárias avançadas, em detrimento da expectativa de vida e do crescimento populacional. Alguns estudos corroboram ao citar que a elevação da expectativa de vida juntamente com o envelhecimento da população e o aumento da obesidade e sedentarismo têm colaborado para um maior índice de pacientes diabéticos no mundo (COSTA et al., 2015; SANTOS; FREITAS; PINTO, 2014).

Anualmente, as doenças respiratórias crônicas são responsáveis por quatro milhões de mortes no mundo e, embora tenha sido observada uma tendência na redução da mortalidade quando ajustada pela idade, continuam contribuindo com uma elevada carga de doença, recebendo menos atenção que outras DCNT. No Brasil, a asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ocupam o terceiro lugar no que diz respeito à mortalidade, e representaram 8,2% e 10%, respectivamente, das internações no Sistema Único de Saúde (SUS) devido a doenças respiratórias no ano de 2016 (BRASIL, 2018).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DESCRIÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO

Trata-se de uma pesquisa-ação, para melhorar a participação da população de idosos com ações de saúde desenvolvidas pela equipe da Unidade Básica na Vila de Santo Antônio do município Ponta Grossa, com foco nas doenças cardiovasculares. A elaboração dessa proposta de intervenção foi realizada através de três etapas: diagnóstico situacional em saúde, revisão de literatura, elaboração da proposta propriamente dita, e a execução da intervenção.

A pesquisa ocorreu nos meses de setembro e outubro do ano de 2020 e foi realizada na Unidade Básica de Saúde localizada em um município de Ponta Grossa - PR, a qual é mantida pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de natureza organizacional de administração direta da saúde em cumprimento às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi elaborado um plano de ação, e executada uma intervenção a partir dos dados do diagnóstico situacional no território da UBS localizada na Vila de Santo Antônio do município Ponta Grossa. Para melhor ilustrar, apresenta-se a foto da fachada UBS em que foi realizado este estudo (FIGURA 1).

FIGURA 1 - FOTO DA FACHADA DA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO, MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA (PR).



Fonte: A autora (2021).

Nesta pesquisa-ação foram contabilizados dados de idosos do grupo Hipertensão, (sistema fundamentado no cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos) e avaliadas anotações e planilhas de produção médica existentes nos registros da UBS.

Para a realização da descrição do plano de intervenção e indicação dos recursos educacionais utilizados, foi elaborado um quadro adaptado para o detalhamento das ações (QUADRO 1).

QUADRO 1 - ADAPTAÇÃO DAS AÇÕES SEGUNDO OBJETIVOS PROPOSTOS AO GRUPO HIPERTENSÃO

Atividades	Indicador	Público-alvo	Tempo de execução e responsáveis	Avaliação
Educação Permanente em saúde	Nº de capacitações para os profissionais de saúde	Toda a equipe de saúde	3 meses/ Gestores, Médicos e Enfermeiros	Avaliar o nível de conhecimento sobre os riscos à saúde
Desenvolver ações de educação em saúde sobre doença cardiovascular na UBS	Nº de pessoas participando das ações	Participantes do grupo hipertensão	3 meses/ Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e ACS	Avaliar e orientar ao pacientes em relação à doença
Orientar a promoção da saúde e tratamento adequado	Nº de usuários que compareceram na UBS	Pacientes e familiares	3 meses/ Gestores, Médicos e Enfermeiros	Avaliar se os pacientes estão recebendo os medicamentos adequados e tratamento não medicamentoso
Criar uma agenda sobre horários dos medicamentos controlados para facilitar no tratamento terapêutico	Nº de usuários que compareceram na UBS		4 meses/ Gestores e enfermeiros	Verificar se os medicamentos estão sendo distribuídos para os pacientes domiciliares
Realizar visita domiciliar para elaborar um fluxo de referência e contra referência dos usuários para a consulta com o especialista	Nº de encontro de profissionais de saúde	Toda a equipe de saúde	6 meses/ Médicos, Enfermeiros e ECS	Avaliar o comprometimento dos enfermeiros e ACS com ao pacientes domiciliares

Fonte: A autora (2021).

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A intervenção realizou-se na Unidade Básica de Saúde localizada na Vila de Santo Antônio do município Ponta Grossa, que tem atividade principal a atenção

básica e atendimentos prestados à vigilância e saúde ambulatorial, com atendimento à população de segunda a sexta-feira, no período das 07:30 às 17:00 horas.

A missão da Unidade consiste em prestar atendimento na prevenção, manutenção e recuperação da Saúde, criando meios para proporcionar qualidade de vida às pessoas, estando em consonância com as diretrizes das políticas públicas (SUS).

Para a realização desta pesquisa-ação, foi indispensável identificar os dados socioeconômicos e demográficos dos pacientes da terceira idade que participam do grupo Hiperdia, os quais estão descritos nos resultados deste estudo.

Foi utilizado um questionário, elaborado pela pesquisadora, no qual contém questões, que estão aglutinadas em blocos, abrangendo variáveis demográficas, qualificação da moradia e infraestrutura, composição familiar e relações sociais, ocupação, bem como fatores relacionados à hipertensão arterial. A entrevista foi realizada pela pesquisadora, com distanciamento e demais medidas de precaução de contato devido à pandemia em que estamos vivendo atualmente, a Covid-19, em um local apropriado, realizado na sala de espera de consultas da UBS, com o consentimento do participante.

Foi realizado na sala de espera para consulta ou visita domiciliar, garantindo o anonimato de todos os participantes da pesquisa, bem como respeitando o direito de cada um ao aceitar responder às perguntas.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi constituída por idosos com 60 anos ou mais, atendidos pelo Sistema Único de Saúde, dentro do Programa de Saúde da Família, instituído na Unidade Básica localizada em um município de Ponta Grossa (PR).

Portanto, a população do estudo faz parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), registrados no referido município. O grupo Hiperdia refere-se à usuários com identificação de risco cardiovasculares.

3.4 DESCRIÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Para garantir que o Plano de Intervenção contemple às reais necessidades dos usuários, estes foram convocados para avaliar o seu entendimento na UBS,

para depois avaliar as condições para risco cardiovascular. Foram questionados o sexo, a idade e de que forma o paciente faz o seu tratamento medicamentoso. Os dados foram registrados na UBS.

Em seguida, foi realizada uma reunião na UBS, na qual estavam presentes o coordenador da unidade e equipe de saúde multidisciplinar (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde) para treinar e capacitar os profissionais a adesão ao tratamento medicamentoso.

Para elaboração do plano de intervenção, tornou-se como referência os dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), que nortearam todo o processo. Tais passos são descritos a seguir

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas, avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação do diagnóstico situacional da área adscrita, com o objetivo de conhecer melhor o território e a população residente para planejar ações em saúde condizentes com as demandas da comunidade.
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);

- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento.

3.5 INDICAÇÃO DOS RECURSOS EDUCACIONAIS UTILIZADOS

Houve um levantamento de informações que contribuem para o plano de intervenção e que é elemento fundamental para intervenção de doenças cardiovasculares. Foi registrado o tipo de alimentação, estado físico e mental de cada paciente, para que seja necessário subsidiar o direcionamento de uma assistência médica e para que possa vir a proporcionar a essa população um estímulo de suas capacidades e melhor adaptação ao novo estilo de vida.

As ações executadas (palestras, visitas domiciliares, etc) foram realizadas junto as coordenações de enfermagem e ACS's, na intenção de orientação aos pacientes hipertensos e diabéticos. Todos os pacientes que frequentam a Unidade Básica de Saúde receberão um folder de qualidade de vida (APÊNDICE 1). A cada paciente será orientado para que não faça automedicação.

Haverá palestras com os pacientes para que estes possam entender o motivo da modificação de hábitos alimentares, bem como houve ação educativa esclarecendo os questionamentos relativos à medicação e suas restrições. Os pacientes com fatores de risco como hipertensos e diabéticos/ou do grupo Hiperdia serão orientados ao controle da ingestão hídrica e também sobre os benefícios para uma alimentação equilibrada. Planeja-se uma palestra também sobre a necessidade de atividade física e lazer. Todas essas mudanças serão palestradas, pois atingem outras dimensões da vida social e objetivam incentivá-los à alegria de viver. Mostrar ainda a esses pacientes que a família é importante para manter sua qualidade de vida e não se automedicar.

Serão mantidas ações educativas para a promoção da saúde e para assegurar a qualidade de vida, além do apoio familiar para manter uma vida equilibrada e saudável, ou seja, com qualidade de vida.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram 180 idosos atendidos na UBS em que foi realizado este estudo.

Os resultados referentes ao diagnóstico situacional dos pacientes portadores da hipertensão arterial e que foram atendidos na unidade estão representados em tabelas e gráficos a seguir, o que considera a classificação operacional predominante. A TABELA 1 demonstra a distribuição da população estudada em relação ao local de moradia e naturalidade.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA

Onde reside	n	%
Ponta Grossa	176	97,78%
Outro município	4	2,22%
Total	180	100,00%
Naturalidade	n	%
Ponta Grossa	102	56,67%
Outro município	78	43,33%
Total	180	100,00%

Fonte: A autora (2020).

A TABELA 2 relaciona-se quanto o perfil demográfico dos idosos que frequentam a UBS

TABELA 2 – CLASSIFICAÇÃO DO PERFIL DEMOGRÁFICO DOS IDOSOS DOS PACIENTES ATENDIDOS NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA

Sexo	n	%
Feminino	111	61,67%
Masculino	69	38,33%
Σ	180	100,00%
Cor	n	%
Branca	84	46,67%
Parda	54	30,00%
Preta	42	23,33%
Estado civil	n	%
Casado(a)	99	55,00%
Solteiro(a)	36	20,00%
Viúvo(a)	36	20,00%
Divorciado/desquitado	9	5,00%
Σ	180	100,00%
Idade (anos)	n	%

60-64	102	56,67%
65-70	36	20,00%
71-74	21	11,67%
75-80	12	6,67%
81-84	6	3,33%
85-90	3	1,67%
Σ	180	100,00%
Escolaridade	n	%
Analfabeto	3	1,67%
Ensino Fundamental incompleto	21	11,67%
Ensino Fundamental completo	46	25,56%
Ensino Médio incompleto	33	18,33%
Ensino Médio completo	77	42,78%
Σ	180	100,00%

Fonte: A autora (2020).

Na TABELA 3 é demonstrado quanto ao tipo de moradia, quantidade de filhos e perfil sócio-econômico.

TABELA 3 – CLASSIFICAÇÃO DO PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DOS IDOSOS ATENDIDOS NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA

Em que tipo de moradia vive	n	%
Casa	180	100,00%
Σ	180	100,00%
Quantas pessoas residem na sua moradia	n	%
2 a 4 pessoas	132	73,33%
5 a 6 pessoas	48	26,67%
Σ	180	100,00%
Quantos filhos você teve	n	%
Um	18	10,00%
Dois	26	14,44%
Três	62	34,44%
Quatro	31	17,22%
Cinco	25	13,89%
Seis ou mais	13	7,22%
Não tem	5	2,78%
Σ	180	100,00%
Com quem reside atualmente	n	%
Com companheiro(a) e filho(s)	73	40,56%
Com filho(s) e neto(s)	36	20,00%
Com companheiro(a), filho(s) e neto(s)	28	15,56%
Não respondeu	43	23,89%
Σ	180	100,00%
Recebe algum tipo de ajuda/auxílio	n	%
Não recebe	23	12,78%

Sim - Aposentadoria	72	40,00%
Sim - remédios	85	47,22%
Σ	180	100,00%
De quem recebe ajuda/auxílio	n	%
Do cônjuge/companheiro	25	13,89%
Filho(as)s	34	18,89%
Governo	98	54,44%
Não recebe	23	12,78%
Σ	180	45,56%

Fonte: A autora (2020).

A demonstração da TABELA 4 está relacionada ao sedentarismo e ao controle da DCNT.

TABELA 4 – CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO SEDENTARISMO E CONTROLE DA DCNT DOS DOS IDOSOS ATENDIDOS NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA

Pratica atividade física	n	%
Sim	101	56,11%
Não	79	43,89%
Σ	180	100,00%
Tem HAS	n	%
Sim	180	100,00%
Σ	180	100,00%
Quais as ações importantes para o controle da Hipertensão Arterial, na opinião do entrevistado	n	%
Tomar os remédios prescritos pelo médico	75	41,67%
Alimentar-se corretamente	71	39,44%
Praticar exercícios físicos regulares	34	18,89%
Σ	180	100,00%

Fonte: A autora (2020).

Na TABELA 5, observa-se quanto aos cuidados com alimentação e se costuma ter uma alimentação balanceada

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS ATENDIDOS NA UBS LOCALIZADA NA VILA DE SANTO ANTÔNIO DO MUNICÍPIO PONTA GROSSA

Você tem cuidados com sua alimentação	n	%
Sim	180	100,00%
Você tem alimentação balanceada?	n	%
Sim	180	100,00%

Fonte: A autora (2020).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa permitiram concluir que a idade média dos hipertensos foi de 60-64 anos, com predomínio do sexo feminino (61,67%), de cor autor referida parda (30%) ou branca (46,67%), com predomínio de estado civil casados (55%) e pertencentes a escolaridade ensino médio completo (42,78%); Todos os entrevistados são hipertensos.

A maioria recebe ajuda auxílio, sendo dinheiro ou medicamentos fornecidos pelo Governo, referiram ter cuidado com suas alimentações e praticar atividades físicas. O tratamento mais evidenciado pelo estudo foi através do controle da pressão arterial através de medicamentos e dieta.

Estima-se que em média 80% da população são ocupados por idosos, o qual tem pelo menos uma doença crônica, o que significa o uso de mais de um medicamento, onde é considerado polifarmácia o uso de mais de cinco medicamentos, acarretando interações medicamentosas e até mesmo intoxicação. Devido a esses fatos associados ao uso de medicamentos, as atribuições farmacêuticas poderão auxiliar com a saúde da população, levando em consideração situações que podem se agravar (ALVES et al., 2017).

Assim, fica evidenciada a necessidade da terapia farmacológica, pois o usuário polifármaco deve ser orientado quanto a necessidade de alterações no tratamento medicamentoso; o profissional farmacêutico visa a melhoria a qualidade de vida auxiliando no acompanhamento terapêutico. Além do mais é considerado como fundamental para orientar o uso correto das medicações (FERREIRA et al., 2017).

O tratamento medicamento para a hipertensão é baseada em estudos farmacológicos das drogas e no histórico individual do paciente, orientando baixas doses de drogas utilizadas com combinação racional para conseguir o controle pressórico (MARQUES, 2010).

Quando uma doença crônica não está controlada e o indivíduo desconhece da doença, ele pode passar por problemas de saúde, pois não tem conhecimento e nem informação para iniciar um tratamento medicamento, pois com a falta de orientação é dificultado a adesão para um tratamento adequado (BALDONI et al., 2014; MORSCH et al., 2015).

A terapêutica medicamentosa envolve tanto riscos como benefícios para o usuário, pois as substâncias dos medicamentos são consideradas potencialmente

perigosas, mas não somente pela composição química que oferece riscos e perigos ao usuário, mas pelo simples fato do uso de medicamentos (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2013).

Uma das maiores dificuldades que o portador de hipertensão tem é aderir ao tratamento medicamentoso por ter que manusear diariamente com vários comprimidos e sofrer reações adversas com efeitos colaterais para controlar uma problemática não apresentada anteriormente. Em alguns hospitais públicos, é muito comum os indivíduos não terem orientações para melhoria a qualidade de vida quanto ao tratamento medicamentoso (GUSMÃO, 2009).

Quando o tratamento não é realizado de forma adequada, a doença passa a se tornar um problema para a saúde pública, pois aumenta o número de pacientes nas unidades de saúde, aumenta os fatores de risco à saúde para o portador da hipertensão, diminui a expectativa de vida e qualidade de vida (PINOTTI; MANTOVANI; GIACOMOZZI, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), alguns aspectos devem ser considerados como importantes fatores que o tratamento medicamento seja aderido, conforme demonstra o quadro:

QUADRO 2 - CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES DO ANTI-HIPERTENSIVO

Características importantes do anti-hipertensivo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ser eficaz por via oral e bem tolerado. ✓ Permitir a administração em menor número possível de tomadas, com preferenciais para dose única diária. ✓ Ser iniciado com as menores doses efetivas preconizadas para cada situação clínica, podendo ser aumentadas gradativamente, pois quanto maior a dose, maiores serão as probabilidade de efeitos adversos. ✓ Não ser obtido por meio de manipulação, pela inexistência de informações adequadas de controle de qualidade, bioequivalência e/ou interação química dos compostos. ✓ Ser considerado em associação para os pacientes com hipertensão em estágios 2 e 3 que, na maioria das vezes, não respondem a monoterapia. ✓ Ser utilizado por um período mínimo de 4 semanas, salvo em situações especiais, para aumento de dose.

Fonte: Brasil (2009).

Com o propósito de se obter um controle mais específico frente a esses problemas de saúde pública foi criado o sistema, cuja denominação “Atenção Farmacêutica”, para satisfazer a necessidade social e individual dos pacientes. Esta consideração foi empregada antes do ano de 1975 e demorou por volta de 15 anos para concretizar suas ideias e estratégias. A atenção farmacêutica é determinada como “a responsabilidade com visão futurística para o tratamento medicamentoso

com o objetivo de alcançar resultados concretos na melhora da qualidade de vida do paciente”. Essa atenção está fundamentada no relacionamento entre o paciente e o cuidador, onde o sucesso do tratamento promove a inclusão de ambos (SOUSA et al., 2017).

A adesão ao tratamento medicamentos pode ser realizada de acordo com o grau de informações adquiridas entre a prescrição médica e profissionais de saúde, ou seja, entre a relação existente no comportamento do usuário e as orientações médicas. Assim, as intervenções farmacêuticas possibilitam alterações no perfil da população hipertensa quanto ao consumo e controle dos medicamentos utilizados (BRITO et al., 2009). Daí o fato da Atenção Farmacêutica ser importante como prática, para interagir diretamente com o usuário, na compreensão de melhoria da qualidade de vida e como postura formadora e colaborativa quanto a responsabilidade sistemática associada ao uso medicamentoso de forma racional (SALDANHA et al., 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme verificado, a pesquisa deve dar continuidade na proposta de intervenção, pois os pacientes apresentaram comprometimento na qualidade de vida, agregado a fatores sociodemográficos e clínicos que são críticos.

Diante disto, sugere-se um acompanhamento mais intenso da equipe de saúde da estratégia, visando um melhor acompanhamento para controle e diminuição de peso, dos níveis pressóricos para prevenção de comorbidades. Sugere-se que outros profissionais como os nutricionais, educadores físicos sejam agregados à equipe da estratégia saúde da família (ESF) para garantir uma melhor qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

ALVES, H. H. D et al. Cuidado farmacêutico ao idoso portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: revisão de literatura. **Mostra Científica da Farmácia**, v. 3, n. 1, 2017.

ANDRADE, A.A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1 - 51, 2010.

BALDONI, A. O. et al. Dificuldades de acesso aos serviços farmacêuticos pelos idosos. **Rev. Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 4, p. 615-621, 2014.

BRASIL et al. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 44 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de 17 de agosto de 2009. **Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências**. Disponível em: <www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/.../197-farmacias-edrogarias?resolucao...rdc-n-4>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. : il.

BRITO, G. C. et al. Efeito de um programa de manejo farmacoterapêutico em um grupo de idosos com hipertensão em Aracaju-Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30, n. 1, p. 83-89, 2009.

D'ALENCAR, F. S.; DE OLIVEIRA, J. C. Assistência da enfermagem ao idoso hipertenso. **Memorialidades**, v. 1, n. 1, p. 44-49, 2014.

FERREIRA, S. C. H. et al. A atenção farmacêutica ao paciente portador de hipertensão arterial sistêmica. **Mostra Científica da Farmácia**, v. 3, n. 1, p. 1-4, 2017.

GUSMÃO, J. L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

MARQUES, C. D. L. A importância dos níveis de vitamina D nas doenças autoimunes. **Rev Bras Reumatol**; v. 50, n.1, p. 67-80, 2010.

MOREIRA, M. O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p. 79-94, 2014.

MORSCH, L. M. et al. Complexidade da farmacoterapia em idosos atendidos em uma farmácia básica no Sul do Brasil. **Infarma Ciências Farmacêuticas**. v. 27, n. 4, p. 239- 247, 2015.

MOTA, J. **Atividade Física, sedentarismo e promoção da saúde**. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/_artigos/523.pdf>. Acesso em 20 jan. 2021.

PINOTTI S; MANTOVANI MF; GIACOMOZZI LM. Percepção sobre a hipertensão arterial e qualidade de vida: contribuição para o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 526-534, 2008.

PINTO, M. M. **Atividade Física Como Fator Motivacional Na Terceira Idade**. Monografia (Graduação) de Bacharelado em Educação Física Promoção da saúde e Lazer, Manuas, 2009.

ROCHA, E. & BATISTA, F.. **Revista factores de Risco**. Nº 22 Jul-Set 2011, p. 84-8, 2017.

SALDANHA, T. L. et al. Seguimento farmacoterapêutico em paciente com diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica: relato de caso. **Mostra Científica da Farmácia**, v. 2, n. 2, 2017.

SBC. Sociedade Brasileira de cardiologia - VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev Bras de Hipertensão**. 2010 jan-mar; 1:17 (ISSN 1519-7522), Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em 05 de ago. 2019.

SES/SP. SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Assessoria Técnica. **Manual de orientação clínica: hipertensão arterial sistêmica**. São Paulo: SES/SP, 2011.

SILVA, M. V. M. da. **Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos participantes de grupo de convivência**. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande 2015.

SOUSA, Ana Letícia Braz et al. Atenção farmacêutica humanizada em pacientes hipertensos no Hospital Universitário Lauro Wanderley. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 16, n. 1, p. 45-51, 2017.

SOUSA, J. P. M. **Efeitos do exercício resistido no controle da hipertensão arterial em idosos**. 2015. Tese de Doutorado. Faculdades Integradas de Patos.

APÊNDICE 1 – FOLDER

Hipertensão

Doença silenciosa, previna-se.



Diminua ou abandone o consumo de bebidas alcoólicas.



Não fume.



Pratique atividades físicas. Evite ficar parado.



Diminua o sal da comida e leia o rótulo dos alimentos, evitando os com maior teor de sódio.



Evite o estresse.



Tome a medicação conforme orientação médica.